

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond-Marie-Auguste-Henri HABAULT

Né à Saint-Florent (Cher), le 30 avril 1883

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
Clinique médicale.	ROGER
	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
Clinique gynécologique.	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI
Clinique thérapeutique.	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

A GRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOFFER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVEAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

R. Habault

I

29273

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

En témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

En hommage respectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

L'étude de la grossesse extra-utérine est un sujet trop vaste pour que nous osions le traiter avec le développement qu'il comporte ; nous nous bornerons à en retracer les grandes lignes et à exposer avec un peu plus de détails certains points qui nous ont paru particulièrement intéressants.

La symptomatologie de la grossesse ectopique est maintenant bien connue et nous n'avons pas cru devoir insister sur chacun des signes en particulier. Les métrorragies, l'état du col et du corps de l'utérus, le rejet de la caduque seront cependant l'objet d'une description spéciale.

Après avoir étudié rapidement l'anatomie et la physiologie des oviductes nous rechercherons la cause de la grossesse ectopique.

L'anatomie pathologique du kyste fœtal et l'évolution du placenta nous fourniront l'occasion de placer quelques indications opératoires sans que nous ayons songé aborder l'étude du traitement de la grossesse ectopique, la question ayant été traitée et jugée définitivement.

DÉFINITIONS

On désigne sous le nom de grossesse ectopique ou extra-utérine l'état particulier dans lequel se trouve la femme dont le produit de conception se développe hors de la cavité utérine. C'est par un abus de langage que l'on parle de grossesse ectopique quand le fœtus a cessé de vivre : le fœtus mort, la femme n'est plus en état de grossesse, elle est en état de rétention fœtale.

On distingue trois grands groupes de grossesses ectopiques :

a) La grossesse tubaire, qui elle-même comprend trois variétés : la grossesse interstitielle, la grossesse ampullaire et la grossesse tubo-abdominale ;

b) La grossesse ovarienne ;

c) La grossesse abdominale.

La grossesse abdominale peut être primitive ou secondaire :

Niée par Lawson Tait, Verth, Webster, la grossesse abdominale primitive résulte de la greffe directe dans la cavité péritonéale de l'œuf fécondé.

La grossesse abdominale secondaire succède à un avortement tubaire ou à une rupture, le placenta restant en relation avec sa surface d'implantation primitive.

La grossesse ovarienne dont l'existence a été contestée par quelques auteurs, a été admise par Léopold ; Sænger, Mouratoff : les observations publiées par Popoff (*Wratsch*, année 1905), Chenot (*La Gynécologie*, année 1906), Herrenchmidt (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, année 1907) prouvent que sa réalité est incontestable.

La grossesse tubaire étant de beaucoup la plus fréquente, c'est surtout cette variété que nous aurons en vue dans nos descriptions.

DE QUELQUES SYMPTOMES

La grossesse ectopique se traduit par un ensemble de signes qui résultent du siège anormal du fœtus. A côté des formes cliniques dont les symptômes sont au complet et le diagnostic facile, il existe des cas où les symptômes sont à peine indiqués et où le premier signe de grossesse extra-utérine est l'hématocèle péri-utérine.

Dans quelques observations, les malades ont pu parvenir jusqu'à l'époque du terme sans éprouver de douleurs. Cependant les douleurs abdominales et lombaires sont le plus souvent observées.

La malade, après être restée quelque temps sans voir apparaître ses règles, est prise d'hémorragies peu abondantes, mais répétées; elle a éprouvé les symptômes d'une grossesse au début de son évolution, et ces pertes sanguines lui font redouter un avortement.

Son ventre est le siège d'une tumeur assez haut située, asymétrique, que la palpation fait reconnaître distincte de l'utérus. Bientôt les pertes

deviennent plus foncées, brunâtres, couleur chocolat.

Dans un certain nombre de cas, on note l'expulsion, avec ou sans douleurs d'une vraie caduque, moule de la cavité utérine ; si cette caduque est expulsée par petits fragments, on comprend qu'elle peut passer inaperçue ou ne pas attirer l'attention.

Suivant l'évolution de la grossesse, on assistera à des accidents graves d'hémorragie interne si la rupture du kyste fœtal se produit ; ou si, le fœtus étant mort, la malade est en état de rétention, à un retour progressif à la santé ou à une péritonite due à l'infection du fœtus.

Nous étudierons spécialement les métrorragies au cours de la grossesse ectopique, l'état du col et du corps de l'utérus, l'expulsion d'une caduque.

* *

Les métrorragies n'ont pas le caractère périodique des règles : elles sont intermittentes ; elles en diffèrent aussi par l'abondance, la coloration du sang, d'ordinaire plus foncé.

Elles manquent rarement.

Pour expliquer leur origine, on peut invoquer deux pathogénies : elles peuvent avoir pour siège la muqueuse utérine ou bien se produire au niveau de la trompe gravide.

» Dans toute grossesse extra-utérine, écrit Pierre Cazeaux, il se fait une réaction de la muqueuse utérine qui se transforme profondément pendant l'évolution de l'œuf vivant.

» Cette réaction est variable ; il paraît quant à présent qu'elle est d'autant plus accusée que la grossesse siège plus près de l'utérus (?).

» L'intense congestion de la muqueuse utérine hypertrophiée et les hémorragies interstitielles permettent de comprendre l'existence de suintements sanguins d'origine utérine. »

Si le sang est retenu dans la cavité utérine pendant un certain temps, la muqueuse œdématisée obstruant l'orifice du col, les pertes pourront prendre cette coloration brune que l'on a remarquée si souvent.

L'hémorragie peut se faire au niveau de la trompe, hémorragie rétro ou juxta-placentaire, et le sang apparaît à la vulve grâce à la perméabilité de la trompe.

M. Chambrelent a fait une communication à la Société d'Obstétrique de Paris au sujet d'une grossesse extra-utérine à terme avec communication du kyste foetal et de la cavité utérine. A l'autopsie on avait pu reconnaître la perméabilité de la trompe :

Ainsi s'expliquait un écoulement de sang et de liquide amniotique survenu au septième mois.

Cette observation relate un fait très rare, puisqu'il est de règle que l'œuf soit clos. Mais si normalement le contenu du kyste foetal ne peut communiquer avec la trompe, les hémorragies qui se font en dehors de l'œuf, derrière le placenta et dans la paroi tubaire, peuvent se frayer un passage jusqu'à la lumière de la trompe, de là gagner l'utérus et parvenir à la vulve.

Hémorragies tubaires et utérines telles sont donc les causes des pertes sanguines au cours de la grossesse ectopique.

Il est évident que, toutes les fois que le fœtus évoluera dans la cavité abdominale ou sur l'ovaire, la seconde pathogénie devra seule être invoquée, et d'ailleurs dans les grossesses abdominales primitives et ovariennes les métrorragies sont-elles légères ou même font-elles défaut.

*
* *

Dans un certain nombre de cas on a noté que le col utérin était petit, dur, non ramolli et on avait donné ces signes comme faisant partie de la symptomatologie habituelle de la grossesse ectopique.

Cependant, il n'est pas douteux que bien souvent on a trouvé le col gros et ramolli au point que dans certains cas de grossesse extra-utérine menée à terme, des accoucheurs expérimentés ont pu douter de l'existence d'une grossesse anormale.

Il faut faire ici une distinction fondamentale : toutes les fois qu'il y a grossesse, qu'elle soit utérine ou extra-utérine le col est ramolli ; mais ce ramollissement diminue lorsque l'œuf cesse de se développer. Lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps, le col n'est plus en effet ramolli ; il est dur ; mais la femme n'est pas en état de grossesse : elle est en état de rétention fœtale.

L'état du col pourra donc dans certains cas, à défaut des autres moyens d'investigation, nous renseigner sur l'état de vie ou de mort du fœtus.

L'utérus en outre ne reste pas sans subir de grandes modifications au point de vue de son volume. Dès le début de la grossesse ectopique il s'hypertrophie et atteint progressivement les dimensions d'un utérus correspondant à une grossesse de trois mois environ ; il conserve ce volume jusqu'à la fin de la gestation.

De son côté la muqueuse utérine participe aux modifications des organes génitaux : elle est le siège d'une congestion intense, au point qu'il se produit des hémorragies interstitielles déjà signalées et que sa structure se transforme profondément. Cette réaction aboutit à la formation d'une véritable caduque qui quelquefois est expulsée sous la forme d'un sac membraneux représentant le moule de la cavité utérine ou qui plus souvent s'élimine en fragments plus ou moins considérables.

La présence d'une caduque dans la cavité utérine sans qu'il y ait grossesse utérine est un phénomène qui avait bien frappé les anciens observateurs, mais ils ne pouvaient l'expliquer.

Les nombreuses études qui ont porté sur la physiologie du corps jaune ont permis de comprendre pourquoi se formait et s'éliminait l'épithélium utérin différencié et transformé en caduque.

Lorsqu'un ovule, à chaque époque menstruelle, se détache de l'ovaire, la surface rupturée se rétracte, puis se congestionne et s'hypertrophie en même temps que les cellules néoformées se chargent de

graisse et d'une matière colorante spéciale, la lutéine : ainsi se constitue le corps jaune. Si l'ovule n'est pas fécondé, le corps jaune s'atrophie et subit une transformation fibreuse. Si, au contraire, l'ovule est fécondé, le corps jaune prend un développement considérable qu'il garde jusqu'à une époque assez avancée de la gestation. Le corps jaune, après insertion de l'œuf fécondé, est un organe sphérique d'un diamètre de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres, entouré d'une capsule conjonctive. Il est plus gros que le follicule d'où il dérive.

Prenant, dès 1898, considérait cet organe comme une véritable glande vasculaire sanguine et de fait sa structure histologique justifiait cette opinion.

Le corps jaune est composé de cellules volumineuses, épithélioïdes, polyédriques, cellules à granulations jaunes, ordonnées en séries. Entre deux files cellulaires existe une anse capillaire. Les colonnes cellulaires, perpendiculaires à la capsule, convergent vers un petit espace rempli de sang ou de liquide, situé au centre du corps jaune. Les anses capillaires émanées de la capsule et aussi à direction centripète forment un réseau serré qui s'étend sur tout le corps jaune. Cette structure revêt absolument l'aspect d'une glande à sécrétion interne.

Les expériences de Fraenkel sont venues préciser la fonction du corps jaune de la grossesse.

Des lapines sont saillies, puis isolées et soumises à la castration le sixième jour. Sur 13 expériences, toujours l'utérus fut trouvé libre.

On pouvait objecter que le traumatisme opératoire était suffisant pour empêcher la fixation de l'œuf. Des opérations de contrôle furent faites : dans une première série au lieu d'enlever les ovaires en entier on respecta les corps jaunes et la greffe se produisit ; dans une seconde série les ovaires furent laissés, mais les corps jaunes détruits au thermo-cautère. La fixation de l'œuf n'eut pas lieu.

L'intégrité du corps jaune est donc nécessaire pour que l'œuf fécondé puisse s'implanter. L'ordre de succession des faits montre d'ailleurs son rôle : le follicule se rompt, l'œuf est expulsé, puis fécondé ; le corps jaune se forme, la muqueuse utérine se modifie et enfin l'œuf se fixe.

Le corps jaune a pour fonction de modifier la muqueuse utérine de telle façon que l'œuf fécondé puisse se fixer et se développer.

Or, à quel moment cette modification se produit-elle ? Au moment où l'œuf est encore un corps étranger et qu'on ne peut prévoir s'il va se fixer dans la trompe ou dans l'utérus.

Dès lors, il est facile d'expliquer la présence d'une caduque dans l'utérus au cours de la grossesse extra-utérine. Du moment qu'il y a fécondation de l'ovule, la muqueuse utérine se prépare à jouer son rôle dans l'évolution du produit de conception, c'est-à-dire qu'il se forme une caduque. Un accident retient dans un siège anormal l'ovule fécondé ; la caduque n'en n'est pas moins formée dans l'utérus.

Sous quelle influence cette caduque se détache-

t-elle et est-elle expulsée ? On a parlé de perturbations plus ou moins violentes survenues au niveau du fœtus : le fait n'est pas encore démontré. Il peut se faire que l'action du corps jaune, suffisante pour assurer la vitalité de la caduque les premières semaines, ne puisse se prolonger si la fixation de l'œuf dans l'utérus ne vient créer de nouvelles attaches.

*
* *

Il est un autre symptôme sur lequel peu d'auteurs ont insisté, car il n'est pas constant, c'est l'anémie intense qui accompagne quelquefois la grossesse ectopique.

Rarement l'anémie apparaît avant le cinquième mois de la gestation, ou plus exactement c'est à partir de cette époque qu'elle peut devenir une complication inquiétante qui détermine la malade à appeler un médecin.

On constate alors que le visage est pâle, que les conjonctives et les gencives sont décolorées ; la peau prend souvent une teinte jaune qui peut faire orienter le diagnostic vers la cachexie cancéreuse, d'autant plus que l'amaigrissement est en général très prononcé.

Au moindre effort le pouls s'accélère et la malade s'essouffle, si bien que toute occupation devient impossible. L'auscultation du cœur révèle l'existence de souffles extra-cardiaques ; à la base du cou, l'auscultation des jugulaires fait constater divers souffles anémiques.

Il paraît vraisemblable que les troubles intestinaux qui manquent rarement dans la grossesse extra-utérine contribuent dans une certaine mesure à affaiblir la malade, mais ils ne suffisent pas à créer l'anémie, dont il faut chercher la cause dans la répétition des pertes sanguines, qui par leur fréquence diminuent la valeur globulaire plus que ne saurait le faire une grave hémorragie.

ANATOMIE DES OVIDUCTES

Les trompes ou oviductes sont deux conduits, l'un droit, l'autre gauche, qui s'étendent de l'extrémité externe de l'ovaire à l'angle supérieur de l'utérus.

Chez la petite fille, la trompe est sinueuse et ces sinuosités vont en s'effaçant avec l'âge pour disparaître complètement au moment de la puberté. Les trompes sont sujettes à des variations individuelles considérables ; leur longueur est en moyenne de 10 à 12 centimètres. Mais Biegel, dans de nombreuses mensurations pratiquées sur le cadavre, a trouvé comme minimum 4 centimètres et comme maximum 17 centimètres.

Barkow, sur 40 oviductes, en a trouvé 5 qui mesuraient de 52 à 78 millimètres ; 7 de 78 à 105 millimètres ; 25 de 105 à 150 millimètres ; 3 enfin de 150 à 180 millimètres. Leur diamètre, qui est de 2 à 4 millimètres au voisinage de l'utérus, augmente graduellement en allant de dedans en dehors : au

voisinage de l'ovaire, il atteint de 6 à 8 millimètres.

Parallèlement, la cavité tubaire augmente de l'isthme où elle mesure 1 millimètre vers le pavillon où elle permet l'introduction d'une sonde de moyen calibre.

La trompe est logée dans un repli du péritoine, l'aileron supérieur, partie la plus élevée du ligament large.

Cette disposition fait comprendre comment certaines grossesses tubaires évoluent en dehors du péritoine, en dédoublant les deux feuillets du méso-salpinx.

Sur une coupe sagittale, passant par la partie moyenne d'une trompe normale on rencontre en plus du péritoine les plans suivants :

a) Une couche musculo-conjonctivo-vasculaire ainsi constituée : du tissu conjonctif assez lâche ; des fibres élastiques nombreuses ; des faisceaux de fibres musculaires lisses, à direction oblique ou longitudinale, dissociées par des travées conjonctives de plus en plus tassées à mesure qu'on se rapproche de la cavité tubaire. Au sein de cette couche et surtout dans ses parties les moins superficielles, cheminent les vaisseaux sanguins, rameaux artériels et veineux dépendant des arcades sous-tubaires du méso-salpinx. On les retrouve à peu près sur toute la circonférence de la trompe, mais principalement dans les secteurs inférieurs et latéraux ; leur trajet est très flexueux : cette couche musculo-conjonctivo-

vasculaire se continue avec les éléments de même nature du méso-salpinx.

b) Une couche de faisceaux musculaires circulaires lisses, formant la paroi proprement dite de la trompe. Les fibres circulaires constituent presque à elles seules l'élément qui résistera à la distension de la trompe gravide et c'est leur écartement qui va réaliser les déchirures souvent verticales que l'on observe dans les premiers mois de la gestation, alors que les phénomènes de réaction n'ont pas eu le temps d'apparaître pour renforcer la trompe.

c) Le chorion muqueux qui repose par sa base sur l'anneau musculaire circulaire : sa surface interne se hérisse en papilles, en franges simples ou ramifiées que tapisse le revêtement épithélial.

d) L'épithélium de revêtement, couche unique de cellules prismatiques hautes de 15 à 20 μ et surmontées de cils vibratiles. Ces cils ont un mouvement d'ondulation de dehors en dedans, favorisant par conséquent la progression de l'ovule vers la cavité utérine.

*
* * *

La muqueuse tubaire est remarquable par la présence à sa face interne de plis longitudinaux qui se prolongent dans le pavillon.

L'ensemble de ces formations donne au canal une apparence cloisonnée.

En outre, la muqueuse est parsemée de dépressions de grandeur variable qui peuvent aller jusqu'à for-

mer de véritables petits culs-de-sac. Ces dépressions, pièges tendus sur le chemin de l'ovule, sont garnis de cils vibratiles qui en rendent l'accès difficile et même impossible.

On a noté également la présence de pavillons accessoires faisant communiquer la trompe en un point avec la cavité péritonéale.

Les artères de la trompe proviennent de deux sources :

De l'artère utéro-ovarienne, branche de l'aorte, qui après un long trajet descendant pénètre dans le ligament large, aboutit à l'ovaire et fournit l'artère tubaire externe pour la moitié externe de la trompe ;

De l'utérine, branche de l'hypogastrique qui fournit l'artère tubaire interne pour la moitié interne de la trompe.

L'artère tubaire externe s'anastomose à plein canal avec l'artère tubaire interne : ces deux artères forment au-dessous de la trompe, entre les deux feuillets du méso-salpinx, une longue arcade dans laquelle il est impossible d'indiquer la part respective qui revient à l'utérine et à l'ovarienne.

Cette disposition anatomique fait comprendre l'importance que revêt quelquefois l'hémorragie dans la rupture tubaire et la nécessité de n'opérer sur la trompe qu'après avoir posé deux ligatures.

Quand une grossesse tubaire est en évolution, ce territoire déjà si richement irrigué devient le siège d'une vascularisation intense.

Les vaisseaux préexistants s'accroissent, de nou-

veaux se forment; les plexus ovariens et tubo-utérins, forcés par la quantité anormale de sang qu'ils reçoivent finissent par se dilater.

Ce sont là, évidemment, des circonstances qui vont faire de la rupture tubaire un des accidents les plus graves.

PHYSIOLOGIE DES OVIDUCTES

Le rôle de la trompe est de recueillir l'ovule et de le diriger vers l'utérus. Par quel mécanisme ?

Pour Kiwisch, Hyrtl, Kussmaul la plus grande partie des ovules allant se perdre dans la cavité générale, si l'un d'eux s'engage dans la trompe c'est par accident.

Accident bien fréquent qui par sa répétition ressemble fort à une fonction normale. D'autre part, chez la souris qui entre en rut tous les vingt et un jours, on trouve tous les vingt et un jours des ovules engagés dans la trompe.

Pour Kehrer et Liégeois, l'ovule, au moment de la rupture, est projeté avec force et va tomber dans le pavillon.

A cette théorie on peut objecter que la cavité péritonéale est virtuelle et qu'il n'y peut se faire de projection ;

Que la déchirure de l'ovaire est trop étroite pour permettre à l'ovule de s'échapper brusquement ;

Que les ovules ne se détachent pas tous en un endroit tel que s'ils étaient réellement projetés, ils i raient tomber dans le pavillon.

Haller et Rouget admettent que la trompe, grâce à la turgescence vasculaire de son tissu et à la contraction de ses fibres lisses, vient appliquer le pavillon sur l'ovaire.

Sans méconnaître la congestion des trompes au moment de l'ovulation ; il faut cependant reconnaître que le mécanisme invoqué est bien compliqué et bien délicat. De plus, chez certains animaux, le pavillon est trop éloigné de l'ovaire pour que cette interprétation puisse être admise.

Il est très vraisemblable que la migration de l'ovule soit un phénomène lent qui se produise grâce aux cils vibratiles de la cavité péritonéale.

En effet, chez la femme et chez nombre d'animaux, au moment de la ponte, l'endothélium de la région tubo-ovarique se transforme en un épithélium vibratile.

C'est par ces cils vibratiles que l'ovule sorti de l'ovisac est dirigé vers la trompe, et c'est grâce aux cils vibratiles de la muqueuse tubaire qu'il progresse jusqu'à l'utérus.

Si la présence de l'ovule dans la trompe n'est pas due à un accident, sa migration n'est cependant pas toujours assurée, et il peut se perdre dans la cavité abdominale, ce qui explique pourquoi la fécondation ne succède pas toujours forcément au coït et pourquoi, dans certaines conditions, une grossesse abdominale primitive peut survenir.

Après avoir envisagé le chemin parcouru par l'ovule pour atteindre le pavillon et la fausse route

qu'il pouvait suivre, il nous reste à étudier sa migration dans le canal tubaire et sa fécondation.

Il est évident que la grossesse ectopique ne se produirait jamais si la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde s'effectuait toujours dans l'utérus. Or, normalement, cette rencontre a lieu dans les deux tiers externes de l'oviducte.

Cette théorie classique n'est pas admise sans conteste, et parmi ses détracteurs il faut citer Lawson Tait et Bland Sutton.

Pour ces auteurs, la fécondation se fait normalement dans l'utérus, car les spermatozoïdes arrêtés par le revêtement des cils de la trompe ne peuvent franchir l'ostium uterinum, de telle sorte qu'ils ne peuvent féconder l'ovule que lorsque celui-ci est arrivé dans la cavité utérine.

Mais quand la cavité tubaire se trouve dépourvue de ses cils, par suite d'un processus de desquamation épithéliale physiologique au moment de l'ovulation ; pathologique après une infection, le spermatozoïde peut s'engager dans la trompe et féconder l'ovule qui ne peut d'ailleurs progresser, puisqu'il ne descend dans l'utérus que porté par l'épithélium vibratile.

Cependant, il résulte des expériences de Mandl et Schmidt que la pénétration du spermatozoïde dans la trompe est normale et que la fécondation s'y produit dans la partie externe, la plus éloignée de l'utérus.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la grossesse ectopique serait assez simplifiée si l'on admettait la théorie de Lawson Tait. La trompe, dénudée par la desquamation de son épithélium, devient comme la cavité utérine apte à la greffe ovulaire : le spermatozoïde pénètre dans la trompe, féconde l'ovule immobilisé, ou même peut pénétrer jusqu'à l'ovaire.

Mais si l'on rejette cette conception il faut chercher une autre pathogénie.

Pour Webster, dont Larger partage l'opinion, la grossesse extra-utérine est un signe d'atavisme : elle est due à une malformation congénitale des trompes, à des dispositions anormales consistant en canaux infundibuliformes s'ouvrant dans la lumière de la trompe. Il apporte comme argument la récurrence fréquente de la grossesse ectopique traduisant l'anomalie des oviductes.

Nous savons que les trompes à l'état normal présentent des dépressions de profondeur variable, mais presque toutes suffisantes à loger un ovule ; cependant la grossesse ectopique est un accident relati-

vement rare. L'ovule ne peut pas facilement s'engager dans ces cavités dont les cils vibratiles gardent l'accès.

Les récidives ne sont pas d'ailleurs le signe d'une anomalie congénitale. Cette preuve devrait être fournie par les allures familiales, héréditaires de cette grossesse pathologique : or, il n'en n'est rien. Dans un assez grand nombre de cas, les malades ne sont pas des primipares, d'autres peuvent avoir consécutivement des grossesses normales.

Dans plusieurs observations on a noté au voisinage des trompes des tumeurs, kystes, fibromes, etc. On a cru pouvoir en conclure que ces tumeurs par leur compression s'opposaient à la migration de l'ovule fécondé qui se fixait alors au point où il avait été arrêté.

S'il s'agissait d'un rétrécissement de la lumière de l'oviducte, on comprendrait facilement que ce rétrécissement soit assez large pour laisser passer un spermatozoïde mesurant $4\ \mu$ à sa partie la plus élargie et pas assez pour permettre la descente de l'ovule qui mesure $150\ \mu$. Or il ne s'agit pas d'un rétrécissement, mais de l'aplatissement d'un petit conduit par une tumeur extérieure et énorme, toutes proportions gardées. Évidemment l'oblitération partielle est possible, mais le plus souvent la lumière tubaire est complètement obstruée ou totalement libre.

Les causes mécaniques, à elles seules, doivent bien difficilement provoquer l'oblitération des trompes

d'une manière définitive ; leur ligature même n'offre qu'une barrière temporaire au spermatozoïde, ainsi que le prouve l'observation citée par Casalis.

Une femme, après quatre grossesses dont la dernière se termina à six mois à la suite d'une attaque de rhumatisme, vint à l'hôpital se faire examiner pour une nouvelle grossesse datant de six semaines environ. L'auscultation du cœur ayant fait découvrir une insuffisance mitrale, on résolut de décoller l'œuf et de mettre une ligature sur les deux trompes pour éviter une grossesse ultérieure. L'opération fut pratiquée le 23 février et réussit ; les règles reparurent et persistèrent jusqu'en juillet. Un examen fait le 5 août fit porter le diagnostic de nouvelle grossesse.

On peut rapprocher cette observation des expériences d'Offergeld sur la chienne, la chatte, la lapine, qui prouvèrent qu'une trompe pouvait redevenir perméable après ligature, même quand l'écrasement a été tel qu'il ne restait que la tunique péritonéale.

A ces critiques, on peut cependant faire une grave objection : la tumeur comprime une trompe ; mais l'autre étant saine, le spermatozoïde dédaignant l'ovaire du côté sain peut aller féconder un ovule du côté opposé.

La compression de la trompe ne peut produire, à elle seule, la grossesse extra-utérine même dans le cas où l'œuf fécondé aurait été retenu au niveau de l'obstacle : les expériences de Mandl et Schmidt le prouvent bien.

Après avoir étudié le mode de fécondation des lapines et la durée de la migration vers l'utérus de l'œuf fécondé, ces auteurs lièrent la trompe entre l'œuf fécondé et l'utérus, réalisant ainsi les mêmes conditions que celles qu'on invoque pour expliquer la grossesse tubaire. Bien que les lapines soient sujettes à la grossesse extra-utérine, ils ne purent cependant jamais la produire expérimentalement.

C'est pourquoi la théorie de Franqué et Garkisch ne donne-t-elle qu'une explication insuffisante de la grossesse ectopique quand elle en fait résider la cause dans les *diverticules congénitaux ou acquis* de la trompe.

Actuellement, la plupart des auteurs admettent qu'un processus inflammatoire peut provoquer la grossesse extra-utérine.

Il n'est pas toujours facile de retrouver ou de voir les traces de l'inflammation. Les deux sources d'information, interrogatoire de la malade sur son passé pathologique et constatation à l'examen actuel de lésions indéniables, ne donnent pas toujours la vérité.

Souvent les malades ne savent pas ou ne veulent pas renseigner le médecin : il est alors impossible de connaître leurs antécédents morbides, et c'est une remarque qu'il importe de faire avant d'aborder l'étude des statistiques.

Enfin, quand, au cours d'une opération, on examine les annexes, il faudrait avant de les juger

saines faire un examen histologique, ce qui ne se fait ou ne peut pas se faire dans tous les cas.

Comment affirmer d'ailleurs qu'un organe est sain quand il a subi une transformation telle que celle qu'imprime à la trompe la grossesse tubaire ?

Comment prouver que la lésion constatée histologiquement est le fait de la grossesse tubaire, et non d'une infection préexistante et établir les rapports de cause à effet ?

Le problème est donc très complexe, et ce n'est qu'après avoir comparé toutes les solutions possibles que nous accepterons celle de l'inflammation primitive des oviductes qui explique mieux que les autres la pathogénie de la grossesse tubaire.

* * *

Il n'est aucune période de l'activité génitale de la femme où ne puisse survenir la grossesse extra-utérine. Elle est cependant rare avant l'âge de vingt ans.

Assez souvent, dans 21 o/o des cas, d'après Dührssen, elle survient chez des femmes demeurées jusque-là stériles, dans une proportion de 15 o/o d'après Sepkowski.

Dans la plupart des cas on retrouve des signes évidents d'infection et la statistique de Sepkowski est instructive à cet égard :

Après avoir interrogé 37 femmes opérées par Neugebauer il a trouvé :

Dans 14 des cas, des fausses-couches ce qui fait une proportion de 38,7 o/o ;

Dans 6 cas, de l'infection puerpérale au dernier accouchement ;

Dans 3 cas, des grossesses gémeillaires ;

Dans 1 cas, la grossesse tubaire survenant pendant l'allaitement.

Enfin, après avoir examiné les annexes de ces femmes, il a noté les lésions suivantes :

Dans 13 cas : lésions d'endométrite ;

- 2 — torsions multiples de la trompe ;
- 7 — hydropisie folliculaire et ovarite corticale ;
- 11 — pelvi-péritonite, péri-métrite, péri-ovarite ;
- 2 — kystes du ligament large ;
- 2 — hémato-salpinx du côté opposé.

Dührssen, basant ses conclusions sur 35 cas, a constaté des lésions des trompes dans la proportion de 69 o/o.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle de l'inflammation. Pour Virchow et Hecker la grossesse extra-utérine est due à une disposition anormale du péritoine tubaire à la suite de péritonite partielle. Pour eux, l'inflammation est bien la cause première, mais elle ne crée que des obstacles mécaniques à la migration de l'œuf.

De toutes les observations qu'il a prises, Fristsh conclut que la pelvi-péritonite est la cause la plus fréquente de la grossesse extra-utérine.

Schauta pense que dans le plus grand nombre des cas la grossesse extra-utérine est provoquée par la gonorrhée.

Pour Glitsh, l'étiologie gonococcique serait prépondérante.

Ahlfeld, pendant un séjour de douze ans à Giessen où la blennorrhagie est très rare, n'a observé qu'un seul cas de grossesse ectopique.

Les effets de l'inflammation sont multiples.

Il se produit d'abord une desquamation de l'épithélium vibratile qui normalement s'oppose à la greffe ovulaire.

Puis les couches sous-épithéliales participant à la réaction inflammatoire se congestionnent, se tuméfient, sont plus abondamment vascularisées, changent de structure d'une façon quelquefois définitive, si bien que le processus inflammatoire venant à s'apaiser, l'œuf trouve s'il est fécondé un terrain favorable pour se greffer.

Si l'inflammation prépare la muqueuse de telle sorte que la greffe puisse s'y produire, lésion d'ailleurs indispensable, elle crée aussi les obstacles qui vont arrêter l'œuf.

Les replis de la cavité tubaire, flottants à l'état physiologique, contractent sous l'influence de l'inflammation des adhérences anormales : sur une partie de leur longueur, ils peuvent s'accoler longitudinalement ou perpendiculairement à la lumière de la trompe et réaliser ainsi des cavités, des impasses, des canaux qui changent l'aspect de l'oviducte.

De petits abcès vont se former dans l'épaisseur de la trompe — abcès pariétaux de Gendrin — et s'ulcérer du côté de la muqueuse ; leur cicatrice

pourra donner naissance à de petites logettes susceptibles d'arrêter l'ovule.

Enfin nous savons que la trompe possède un certain nombre de dépressions dans lesquelles l'ovule peut s'engager si le revêtement ciliaire disparaît.

Micholitsch s'est appliqué à rechercher les lésions inflammatoires de la muqueuse et il est arrivé à cette conclusion que jamais l'œuf n'est venu se fixer dans une trompe normale : l'ovule fécondé a toujours été arrêté dans sa migration vers l'utérus par un obstacle tenant à une déformation de la muqueuse tubaire. Dans tous les cas examinés par cet auteur, il existait dans la trompe des cavités, des canaux pathologiques et il lui a été possible dans chaque cas de prouver que la fixation de l'œuf avait pour point de départ une de ces productions.

La salpingite provoque donc la grossesse ectopique grâce à une double action : l'une, la plus importante, l'exfoliation de l'épithélium ; l'autre, la rétention de l'ovule immobilisé par les replis tubaires et les dépressions de la muqueuse.

Cette pathogénie qui convient à la grossesse tubaire s'applique aussi à la grossesse ovarienne : l'hypertrophie de la couche corticale de l'ovaire à la suite d'ovarite peut s'opposer à la déhiscence de l'ovule fécondé.

De même la pelvi-péritonite peut expliquer la grossesse péritonéale primitive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉVOLUTION

La greffe de l'œuf fécondé peut se produire en un point variable de la trompe ; mais le siège de prédilection de la grossesse tubaire est l'ampoule tubaire et la portion interstitielle de la trompe.

Kermauner sur 41 cas a trouvé 19 fois une grossesse isthmique, 18 fois une grossesse ampullaire et 4 fois, il n'a pu déterminer le siège initial de la grossesse.

On a remarqué que la grossesse tubaire se produisait plus fréquemment à gauche qu'à droite sans qu'il soit facile d'en donner une explication.

Ainsi, le même auteur a trouvé 25 fois la grossesse tubaire à gauche, 14 fois à droite et dans un cas une grossesse tubaire double. Les exemples de grossesses bilatérales sont moins rares qu'on ne pense. En parcourant la littérature médicale, Jayle et Nandrot ont pu en rapporter 29 observations. Ils font remarquer, d'ailleurs, que la conception n'a jamais été simultanée dans les deux trompes et que les deux grossesses n'ont jamais évolué ensemble. On se trouve donc en présence de récidives de grossesses

ectopiques chez des femmes en état de rétention fœtale.

La nidification de l'œuf et les premières phases de son développement semblent s'effectuer d'une manière analogue dans la grossesse extra-utérine et dans la grossesse utérine. La surface d'implantation n'est cependant pas topographiquement ni physiologiquement la même dans les deux cas, de sorte que l'évolution de l'œuf ne sera pas la même.

Dans la grossesse tubaire l'œuf peut s'implanter entre deux replis tubaires (implantation intercolumnaire de Werth) et trouver sur la muqueuse doublée de la musculature de la trompe un terrain assez favorable à son développement.

Mais il peut aussi s'implanter sur un repli tubaire (implantation columnaire de Werth) et mourir rapidement.

Les premiers jours qui suivent la fécondation, l'œuf est libre : ce n'est que vers le dixième jour environ que les connexions vasculaires commencent à s'établir ; elles se font sur toute la périphérie de l'œuf ; le placenta n'est un organe distinct que vers le milieu du deuxième mois.

Parallèlement, la trompe se modifie ; sa vascularisation devient plus importante ; ses vaisseaux croissent en nombre et en volume. Elle résiste à la dilatation que lui fait subir l'œuf par une hypertrophie ordinairement légère, mais qui dans certains cas peut être considérable ainsi que le prouve l'observation du Dr Sinclair. Une malade âgée de vingt-

cinq ans se présente à l'hôpital pour douleurs dans la fosse iliaque gauche, accompagnées de mictions fréquentes et pénibles. Après examen détaillé, le diagnostic de grossesse ectopique est porté et l'opération décidée.

L'examen des pièces enlevées à cette malade démontra que la trompe n'était pas rompue, que le liquide amniotique s'était résorbé, que le fœtus avait le développement d'un fœtus de six mois environ, mais qu'il était ratatiné et comme comprimé, ce qui s'expliquait par une énorme hypertrophie des fibres musculaires de la trompe.

Mais de telles réactions sont rares, et la trompe ne peut qu'exceptionnellement s'hypertrophier au point d'incarcérer le fœtus.

L'avenir de l'œuf est, dès le début de la grossesse, très compromis, sans qu'il soit besoin de chercher dans la compression de la trompe un obstacle à son évolution.

Son implantation se fait-elle au niveau d'un repli tubaire, organe peu vasculaire, il ne peut se développer. La moindre hémorragie à son niveau, s'il s'est greffé en un endroit assez vascularisé, va le séparer de son milieu nutritif et amener sa résorption.

Enfin, plus tard, la rupture tubaire, accident très fréquent au cours de la grossesse ectopique, peut compromettre la vie du fœtus en même temps que celle de la mère.

Quand le placenta est différencié, « les villosités ne

différent en rien de celles d'un placenta de grossesse normale du même âge ; mais quoique le placenta ectopique soit bien constitué, il n'en est pas moins exposé à des accidents en rapport avec son siège anormal. Le canal de la trompe où il siège n'est pas extensible indéfiniment ; il est donc soumis à une certaine pression ; le sang fœtal circulera seul dans les villosités et le sang maternel dans lequel ces villosités plongent ne se renouvelle pas, se coagule autour d'elles. Autant de causes de vitalité amoindrie ou même de mortification des villosités placentaires » (Cornil).

« La trompe, écrit Cestan, est mal disposée par sa faible vascularisation et sa frêle musculature pour le développement de l'œuf et du placenta. Il résulte de son insuffisance vasculaire que l'œuf ne trouve pas assez à vivre dans les vaisseaux de la trompe, malgré une augmentation de leur nombre et de leur calibre ; les villosités ecto-placentaires sont rares et grêles, et la placentation tubaire reste toujours insuffisante. L'embryon se développe mal ; le plus souvent il meurt, puis se résorbe. D'un autre côté, il résulte de l'insuffisance musculaire de la trompe que ses fibres lisses ne sauraient s'hypertrophier comme celles de l'utérus et que l'organe ne se laisse distendre qu'aux dépens de l'épaisseur de ses parois amincies par distension mécanique, usées surtout par les villosités du placenta fœtal qui les vrillent et les perforent, en quête du sang maternel. »

Ce double mécanisme, distension mécanique et

usure au niveau du placenta, explique bien la rupture tubaire. Cette rupture se produit d'une façon d'autant plus précoce que l'œuf est greffé, plus près de l'utérus (Pinard, Doléris, Couvelaire).

Le fœtus peut cependant arriver à terme et, si l'on n'intervient pas chirurgicalement, rester pendant très longtemps dans la cavité kystique sans causer de troubles importants.

Denis cite un cas de grossesse extra-utérine datant de douze ans.

Steltner rapporte une observation de rétention fœtale de douze ans.

Dans l'observation de Folet il s'agit d'une grossesse tubaire avec rétention depuis quinze ans.

Enfin Stankiewicz a publié le cas d'une femme en état de rétention depuis dix-huit ans, qui pendant ce laps de temps put mener à terme six grossesses normales avec enfants vivants.

Il existe des cas où la grossesse a pu évoluer jusqu'à terme sans que la trompe ait cédé ; mais il se produit généralement vers la douzième ou la quatorzième semaine des accidents qui peuvent être : soit l'hématosalpinx, soit l'avortement tubaire, soit la rupture.

L'hématosalpinx provient d'une hémorragie rétro-placentaire le plus souvent : l'œuf est décollé et la trompe enkyste l'épanchement sanguin.

Quand l'œuf décollé est entraîné avec le sang hors de la trompe non-rompue, on dit qu'il y a avortement tubaire.

Quand la trompe se rupture, l'œuf décollé, mais toujours en relation avec le placentà, passe dans la cavité péritonéale. Dans la grossesse qui évolue dans le ligament large, la rupture se fait sous le péritoine.

La rupture tubaire peut se produire sans cause objective bien apparente. Cependant un simple effort, un choc, le coït peuvent suffire à rompre les parois tubaires amincies et altérées.

On a remarqué aussi qu'assez souvent la rupture s'était produite après la palpation abdominale ou d'autres manœuvres exploratrices.

D'après Bouilly, l'accident se produit le plus souvent au moment de l'époque menstruelle.

La rupture de la trompe se traduit par un ensemble de signes (ictus péritonéal de Bouilly) qui permettent quelquefois de faire le diagnostic à la simple inspection de la malade : facies pâle et terreux, yeux cernés, douleur d'abord localisée, puis irradiée, pouls rapide...

Mais le tableau clinique n'est pas toujours en rapport avec la gravité des accidents. Il faut surtout s'en rapporter à l'état du pouls et à la température qui tombe rapidement au-dessous de la normale si l'hémorragie est importante.

L'avortement tubo-abdominal et la rupture tubaire ont pour effet de faire tomber l'œuf dans la cavité abdominale. L'avortement tubaire est toujours un phénomène précoce, car dès que l'œuf atteint certaines dimensions, il ne peut plus franchir l'ostium abdominal sans rupture.

La grossesse tubaire devient alors abdominale secondaire.

Le fœtus peut survivre à tous ces accidents et continuer son évolution. La trompe rompue, il se forme un nouveau sac fœtal.

Plusieurs cas peuvent se présenter : le sac fœtal peut être constitué par le chorion et l'amnios, quelquefois même par l'amnios tout seul.

Les membranes de l'œuf peuvent rester libres dans la cavité péritonéale.

Plus souvent elles contractent des adhérences avec les organes abdominaux : épiploon, mésos, intestin, utérus, vessie, ou encore avec la paroi pelvienne ou la paroi abdominale.

Au niveau de ces adhérences, il se forme une paroi conjonctive, cette paroi est peu vasculaire ainsi que le chorion et l'amnios extra-placentaires.

Les membranes peuvent céder en un point et l'œuf présenter une ouverture que des adhérences viennent plus tard fermer.

Enfin le sac peut manquer complètement et le fœtus se trouver à nu au milieu des anses intestinales.

Lorsque le nouveau sac est formé, il devient très difficile de reconnaître la paroi de la trompe. Jayle et Delherm admettent que la trompe s'est rupturée en un point qui reste ordinairement invisible pour donner issue au sac.

Les rapports du fœtus avec la trompe sont des plus variables.

Quelquefois on retrouve nettement l'implantation du placenta sur la trompe restée reconnaissable ; il est évident qu'alors seul le fœtus a changé de domicile ; le placenta est resté en place, la rupture tubaire s'étant produite en dehors de sa surface d'implantation.

Dans d'autres cas, l'insertion placentaire dépasse de beaucoup les limites de la trompe et même, pour certains auteurs, cette insertion pourrait n'être plus en rapport avec la paroi tubaire.

Il faut admettre alors l'expulsion totale de l'œuf — fœtus et placenta — dans la cavité abdominale après rupture tubaire et expliquer son évolution par sa greffe secondaire dans le péritoine.

Dans l'observation suivante, M. Cuthbert Lockyer (1) invoque cette pathogénie.

Il s'agit d'une femme qui présente les symptômes d'une fausse couche, le 27 décembre, après deux mois d'aménorrhée.

11 janvier. — Elle éprouve des douleurs violentes dans l'hypochondre gauche, douleurs qui font penser à un étranglement de l'intestin ou à une hémorragie interne.

20 janvier. — On constate le gonflement de la région ovarienne gauche. Le diagnostic de pyosalpinx est porté. Dix-sept jours plus tard, lorsque la malade est prise à nou-

1. « Sur un cas de grossesse tubaire rompue, où l'œuf continue à vivre quatre semaines, la poche gravidique s'étant implantée dans le péritoine. » Communication à Obstetrical Society of London, séance du 7 octobre 1903.

veau de violentes douleurs abdominales avec phénomènes de collapsus, on diagnostique une grossesse ectopique.

Il n'y avait pas eu de pertes de sang de décembre à février.

Opération — 11 février. — Incision sur la ligne médiane : immédiatement on voit le péritoine soulevé par du sang libre. On trouve un fœtus attaché au placenta par le cordon.

Hémorragie dans le fond de la cavité pelvienne, le placenta était presque entièrement détaché et n'adhérait qu'au péritoine et au ligament large. Extraction du placenta.

Il était évident que le placenta s'était détaché récemment du ligament large, du rectum et du pelvis, car le sang venait de là.

Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Sérum; fermeture de la plaie. Mort vingt-quatre heures après l'opération.

L'examen des pièces démontra qu'il s'agissait d'une grossesse abdominale secondaire.

L'auteur semble donc admettre que la rupture tubaire s'est compliquée d'un décollement du placenta qui secondairement se serait greffé sur le péritoine et aurait pu permettre la survie du fœtus grâce à une vascularisation nouvelle.

Cette explication acceptée aussi par Lawson Tait paraît bien invraisemblable.

Elle repose sur cette hypothèse inacceptable que le placenta décollé entièrement peut se créer de nouvelles attaches.

Il est vrai que des greffes d'organes tels que l'ovaire et le corps thyroïde ont pu être tentées avec succès. Mais l'ovaire et le corps thyroïde se suffisent à eux-mêmes ; leur fonction de glandes à sécrétion interne leur assure une certaine indépendance. Il n'y a aucune espèce d'analogie possible entre ces organes complets et le placenta dont le rôle consiste à permettre les échanges nutritifs entre la mère et le fœtus. Dès que le sang maternel vient à manquer, le fœtus meurt inévitablement et c'est bien le cas quand le placenta est entièrement décollé.

Nous avons essayé en expérimentant sur 8 lapines de réaliser la greffe de l'œuf entier dans la cavité péritonéale. Dans aucun cas nous n'avons pu la produire.

Après injection de 8 à 10 centimètres cubes d'une solution de chloral à $1/4$ dans la veine marginale de l'oreille de lapines au quinzième jour de leur gestation, nous avons pu obtenir une anesthésie complète dont la durée moyenne fut de quarante-cinq à soixante minutes.

La paroi abdominale incisée, nous avons ouvert l'utérus et décollé rapidement un ou deux fœtus que nous avons laissés dans la cavité péritonéale.

La résection d'une partie de l'utérus fut toujours facile grâce à sa disposition qui le fait ressembler à une anse intestinale munie de son mésentère. Dès que la lapine mettait bas ses autres petits elle était sacrifiée et ouverte.

Toutes les fois, nous avons trouvé le fœtus mort et le placenta libre d'adhérences.

Ces résultats ont été confirmés par les autopsies et les observations faites au cours des opérations toutes les fois que l'examen attentif des annexes a été pratiqué.

Aussi, M. le Dr Potocki a-t-il pu écrire (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1908) « qu'il n'a jamais vu, sur plus de 100 cas de grossesses extra-utérines de tous les âges, que des placentas en connexion avec la trompe ».

La rupture tubaire a pour effet de permettre au placenta comprimé dans la cavité de la trompe de s'étendre dans les directions les plus diverses. A une époque plus éloignée, les parties placentaires qui auront contracté des adhérences avec les organes voisins pourront sembler les plus importantes et paraître insérées tantôt sur l'intestin, tantôt sur la vessie, tantôt sur l'utérus ; et en effet, au moment de la délivrance, lorsqu'on voudra les décoller, elles saigneront au point de déterminer parfois une hémorragie mortelle.

Mais si l'on a pris la précaution, avant de faire le décollement, de poser deux ligatures, une sur l'artère tubaire externe, c'est-à-dire sur les vaisseaux de la trompe, il n'y aura pas d'hémorragie sérieuse à redouter. Le placenta n'est pas en communication artérielle avec les organes sur lesquels il s'est étalé ; il reste en relation avec les vaisseaux de la trompe.

Ces considérations ont une importance capitale

au moment de pratiquer une intervention chirurgicale. Si, en effet, le placenta s'est créé de nouvelles attaches vasculaires après la rupture tubaire, la ligature des vaisseaux de la trompe est illusoire et dangereuse puisqu'elle est impuissante à arrêter l'hémorragie et qu'elle fait perdre du temps.

Si, au contraire, la vascularisation du placenta reste sous la dépendance des artères tubaires — et c'est la réalité — le chirurgien fera œuvre utile et efficace en pratiquant la double ligature qui lui assurera une hémostase préventive, rapide et sûre.

OBSERVATION I

(D^r Fieux.)

Grossesse extra-utérine abdominale

31 décembre, 9 heures matin. — On apportait à la clinique d'accouchement une femme qui se disait être menacée d'un avortement de trois mois et demi.

Cette femme, âgée de trente-deux ans, toujours très bien portante et bien réglée d'habitude, avait eu déjà un enfant trois ans et demi auparavant dans des conditions tout à fait normales.

Elle fut réglée pour la dernière fois du 23 au 26 septembre, mais ses règles furent moins abondantes et le sang moins coloré que d'habitude.

27 octobre. — Après une journée assez pénible, elle fut prise de douleurs dans le bas-ventre.

28 novembre. — Léger écoulement de couleur brunâtre qui persista quelques jours: les seins avaient un peu augmenté.

3 décembre. — Nouvelle crise de douleurs très vives pendant douze heures.

31 décembre. — Au matin, la malade perd quelques gouttes de sang noir et tout aussitôt se déclarent des douleurs très intenses dans les reins et le bas du ventre qui nécessitent son entrée à l'hôpital après avis de la sage-femme qui croit à une fausse couche.

A l'examen, l'état général est bon : pouls à 88, température 37°1. Le ventre est cependant si douloureux, que le palper ne fait que révéler une tuméfaction vague au niveau de l'hypogastre. Le col utérin, non ramolli (?), est reporté en avant, presque contre le pubis, et les culs-de-sac postérieur et latéraux sont effacés par une tuméfaction régulière et élastique douloureuse à la pression.

Le palper bimanuel, pratiqué sous chloroforme, fait porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Le soir même, à 7 heures, une crise très douloureuse se produit à nouveau et dure une dizaine de minutes. Après cette crise, le pouls qui était à 88, monte à 110 : le visage pâlit légèrement. A 9 heures pouls à 120 ; à 10 heures pouls à 140, visage pâle, ventre légèrement ballonné, sans matité appréciable dans les parties déclives.

Laparotomie à minuit. A peine le péritoine est-il incisé, qu'une grande quantité de sang noir s'écoule. Les anses intestinales recouvrent complètement la porte d'entrée du petit bassin et ne peuvent être écartées. La main arrive à sentir l'utérus plaqué contre la symphyse pubienne et, pendant que l'on essaie de récliner les anses intestinales vers le haut, subitement une certaine quantité de sang s'écoule, puis brusquement se produit un flot de liquide clair entraînant un fœtus vivant de 12 centimètres de long.

Le placenta diffus s'insère sur la face postérieure de l'utérus, sur le côlon ilio-pelvien, sur les anses de l'intestin grêle, au fond du Douglas et sur les parois de l'excavation. Cette vaste implantation placentaire saigne abondamment et, devant l'impossibilité de poursuivre partout les ramifications vils

leuses, on fait la ligature du pédicule utéro-ovarien et de l'artère utérine du côté gauche et un tamponnement.

Le surlendemain, température $37^{\circ}2$, pouls à 118. Le troisième jour, température $37^{\circ}4$, pouls à 102; mais le soir, vomissements, facies grippé; la température monte et le pouls s'élève à 130.

La malade succombe le quatrième jour.

OBSERVATION II

(J. Ward.)

Grossesse abdominale secondaire

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, admise le 23 février 1898 à l'hôpital d'Oil City, avec les antécédents suivants :

Réglée à onze ans, et toujours régulièrement depuis, pendant trois jours, sans souffrance. Mariée à quinze ans, elle a eu sept enfants. Elle avait eu deux fausses couches précédant la naissance du dernier enfant, âgé maintenant de trois ans, mais n'avait pas eu recours à un médecin.

Elle travaillait activement dans une ferme et se portait bien il y a un an. A ce moment, elle commença à s'affaiblir et remarqua, à gauche, dans la partie inférieure de l'abdomen, une grosseur molle et qui augmenta rapidement de volume. Au mois de mai, elle eut une inflammation d'intestin et garda le lit pendant trois semaines. Pendant les trois mois suivants, la grosseur augmenta rapidement jusqu'en août, époque où, s'étant fatiguée à son ouvrage, « elle se cassa quelque chose » et il sortit une certaine quantité d'eau

par le rectum. Elle garda encore le lit trois semaines, puis se releva, mais ne se sentait pas bien, n'avait pas d'appétit, était constipée, maigrissait rapidement et se plaignait de douleurs dans l'abdomen et dans les jambes. Plusieurs fois dans les six mois suivants, la tumeur augmenta de volume, puis, à la suite d'une perte de liquide impur et décomposé par le rectum, elle diminua de nouveau. Son état devint si mauvais qu'elle dut garder le lit encore un mois et, sur l'avis de son médecin, elle fut amenée à l'hôpital. Quand on l'y admit, elle était tout à fait amaigrie et présentait une tumeur atteignant jusqu'à deux doigts au-dessus de l'ombilic, de contour irrégulier, logée principalement dans la région iliaque gauche. A l'examen vaginal, l'utérus était repoussé à droite sur une longueur de 6 centimètres et paraissait attaché à une tumeur enveloppant le ligament large gauche. Les seins avaient un aspect normal. La menstruation n'avait jamais cessé d'être régulière. La jambe gauche était oedématisée et douloureuse; pendant les six semaines suivantes la température varia de 39 à 40 degrés et la septicémie apparut.

En ouvrant la cavité péritonéale, on fendit une paroi contenant environ 2 litres de pus jaune et fétide, dans lequel flottait un fœtus macéré de six mois.

Le placenta était attaché au péritoine pariétal. La trompe gauche était crevée et le cul-de-sac y adhérait ainsi que l'ovaire gauche et le rectum.

Drainage. Guérison.

OBSERVATION. III

(D^r Sittner.)

*Un cas de grossesse extra-utérine de sept mois
avec enfant vivant*

Une femme âgée de trente ans, ayant eu trois grossesses normales, est prise au mois d'août d'un accès de douleurs dans la fosse iliaque droite. On fait le diagnostic d'appendicite, les symptômes se calment un peu sous l'influence du traitement opiacé. Au mois d'octobre, la malade éprouve brusquement une douleur violente avec sensation de déchirure et se présente à l'examen avec tous les signes d'une hémorragie interne. Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine avec rupture du sac est posé à ce moment, et la malade s'étant bien rétablie après cet accident, on croit le danger conjuré et on s'abstient d'une thérapeutique active.

Cependant, une nouvelle petite hémorragie se produit et les douleurs qui n'avaient jamais complètement cédé, apparaissent sous forme de crises de plus en plus douloureuses. On constate en même temps une tumeur volumineuse atteignant et dépassant bientôt l'ombilic : on conclut à l'existence d'une trompe gravide de cinq à six mois. L'enfant est vivant et animé de mouvements actifs des plus pénibles pour la malade. Au mois de janvier un nouvel examen est pratiqué et l'opération est décidée.

On trouve dans la cavité abdominale de la femme un fœtus libre, situé au milieu des anses intestinales et d'adhérences

multiples, rattaché par un cordon à une masse brunâtre, prise au premier abord pour l'utérus, et qui n'est autre que le placenta inséré sur la partie droite du bassin, sur le ligament large et dans le cul-de-sac de Douglas.

Les suites opératoires sont bonnes et la malade quitte l'hôpital complètement guérie. L'enfant extrait vivant succombe huit heures après l'opération. L'examen anatomique des pièces a montré qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une grossesse primitivement tubaire développée dans l'extrémité externe de la trompe.

OBSERVATION IV

(D^r Témoin. — *Annales médico-chirurgicales du Centre*, août 1906.)

Grossesse extra-utérine

L..., âgée de vingt-cinq ans, demeurant à Bourges, a toujours été bien portante. Bien réglée depuis l'âge de quinze ans, mariée à dix-huit ans, elle n'a pas eu d'enfants. Les règles cessent en novembre 1906 ; le ventre grossit progressivement, surtout à droite et assez haut ; elle a quelques vomissements, les seins augmentent de volume ; elle est convaincue qu'elle commence une grossesse. Les mouvements actifs se font sentir vers quatre mois et demi, mais à partir de ce moment la grossesse devient douloureuse ; le ventre se développe beaucoup à droite.

L'examen, fait à cette époque par un confrère, fait soupçonner une grossesse anormale. La malade se refuse par avance à toute opération.

Au milieu du mois d'août, la malade ressent de vives douleurs, douleurs analogues à celles d'un accouchement. Après vingt-quatre heures de douleurs, comme rien ne semble changer, on fait appeler un médecin. A ce moment le cœur fœtal bat encore : le diagnostic de grossesse extra-utérine est nettement posé. La malade refuse toute intervention.

Le lendemain, les battements et les mouvements du fœtus ont cessé : la malade a perdu et perd pendant quelques jours un liquide brunâtre.

Les seins s'affaissent. Le col est resté le même, le faux travail s'est arrêté.

La malade continue à être gênée, les douleurs qu'elle ressent depuis deux mois persistent, bientôt elle maigrit. devant la gravité de son état, elle consent à une consultation, le 1^{er} octobre, c'est-à-dire un mois et demi après la mort de l'enfant.

Il s'agit sans aucun doute d'une grossesse extra-utérine remontant à dix mois et demi, avec un enfant mort. Il faut intervenir : l'opération est acceptée.

Après une incision sur la ligne médiane, l'œuf se présente aussitôt, épais par endroits, mince en d'autres, noirâtre et semblant contenir du sang. D'une main introduite dans la cavité abdominale on s'assure de l'absence d'adhérences ; puis, le pourtour étant protégé par des compresses, on incise la poche. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide sanguinolent, puis le fœtus à terme est extrait. A ce moment on attire le plus possible la poche au dehors : le placenta est à droite et sur la partie moyenne. On l'enlève avec la main ; il est noirâtre, ressemble à un vieux caillot

macéré. La poche est réséquée presque entièrement, le pédicule, qui comprend la trompe droite confondue avec l'œuf, est touché à l'eau phéniquée, réséqué aussi près que possible de l'utérus et suturé. Les annexes gauches sont respectées. Le ventre est refermé. La malade a guéri très rapidement. Les règles revinrent régulièrement comme après un accouchement.

Il y a deux ans, une nouvelle grossesse survint, qui, cette fois, aboutit à un accouchement normal d'un enfant vivant.

OBSERVATION V

(D^r Potocki.)

Grossesse extra-utérine rompue au septième mois sans accidents graves. — Grossesse abdominale secondaire avec mort et rétention du fœtus à nu au milieu des anses intestinales.

Il s'agit de Françoise B..., âgée de trente-sept ans. Dans ses antécédents, on note une fièvre typhoïde en 1899 qui trouble la menstruation qui avait jusque-là été régulière. Pendant la période menstruelle elle souffre et présente divers troubles gastro-intestinaux.

A dix-neuf ans grossesse normale avec accouchement à terme d'un enfant vivant. Suites de couches normales.

Au mois de février 1902, la malade n'a pas ses règles. Son ventre depuis cette époque a grossi progressivement.

Signes d'une grossesse au début, mais quelques pertes sanguines. Vers le cinquième mois elle perçoit les mouvements actifs du fœtus : le ventre grossit jusqu'au mois de juillet.

Dans la nuit du 25 juillet, la malade fut prise de douleurs abdominales violentes, avec pertes sanguines très abondantes. Elle souffre et a des hémorragies pendant quelques jours, avec le ventre ballonné et douloureux. Elle a quelques vomissements.

Peu à peu l'état s'améliore, mais le ventre diminue de volume et les mouvements fœtaux ne sont plus perçus. Le 1^{er} octobre, elle s'attendait à accoucher, mais elle eut seulement une hémorragie très abondante avec de gros caillots et elle expulsa une caduque utérine, le tout sans phénomènes douloureux. Puis les pertes cessèrent, la malade se leva et trois jours après elle reprit ses occupations.

Cependant, inquiète de voir son ventre rester gros, le 25 octobre elle vient à la Maternité.

A l'inspection, on constate très nettement, en l'absence de tout ballonnement, que la cavité abdominale est occupée par une tumeur irrégulière située dans la région hypogastrique et s'étendant aux deux fosses iliaques surtout à gauche.

A la palpation, on peut préciser les limites de la tumeur. On sent dans la fosse iliaque droite une masse du volume d'une orange, indolente, qui donne une crépitation osseuse. Dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur plus grosse atteignant le volume d'une tête d'enfant, irrégulière, beaucoup plus dure et de consistance uniforme. Enfin, transversalement étendue dans le bassin et réunissant les deux tumeurs droite et gauche, on sent une masse épaisse et assez résistante, fixée.

L'utérus est un peu augmenté de volume; le col est mou et entr'ouvert; le corps est élevé et appliqué contre la paroi

abdominale antérieure. Les culs-de-sac sont souples et permettent une exploration facile.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine avec situation exacte du fœtus est posé, diagnostic que vient confirmer l'opération pratiquée le 30 octobre.

La malade quitte le service le trentième jour, allant très bien.

Examen des pièces :

1^o Fœtus. — Il siégeait au milieu des anses intestinales. Il était macéré et ne présentait pas de malformations ;

2^o Le cordon mince et grêle était long de 29 centimètres.

3^o Kyste fœtal.

Le kyste fœtal s'était, après rupture, complètement rétracté sur le placenta. Cette rupture s'était faite au niveau d'un point diamétralement opposé à l'insertion placentaire, et on en retrouve la trace sous forme d'un orifice à peu près régulièrement circulaire, à bords amincis, mesurant 5 centimètres de diamètre et au travers duquel pénètre le cordon.

Par suite de sa rétraction sur le placenta le kyste fœtal forme une masse compacte de consistance dure, de forme irrégulièrement ovoïde. Son poids est de 530 grammes.

OBSERVATION VI

(D^r Pinard.)

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au septième mois. — Rupture du kyste. — Fœtus à nu dans la cavité abdominale. — Laparotomie. — Guérison.

M^{me} X..., âgée de trente-deux ans, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel à signaler. Mariée à vingt-cinq ans, elle eut une première grossesse qui fut marquée

d'un incident. Après un travail de vingt-sept heures, le fœtus qui se présentait par le siège succomba pendant l'extraction faite avec le forceps appliqué sur le siège.

Suites de couches normales.

En 1891, la malade n'est pas réglée au mois de mai et elle présente les signes d'une grossesse au début.

13 juillet. — Elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre, puis elle perd quelques caillots et du sang rouge et enfin expulse une caduque complète.

L'état s'améliore ensuite et le 8 août elle peut se lever.

1^{er} septembre. — Nouvelles douleurs dans le ventre et augmentation graduelle du volume du ventre.

20 octobre. — M^{me} X... perçoit les mouvements actifs du fœtus.

25 octobre. — La malade est prise de syncope, puis de douleurs extrêmement vives dans le ventre et de vomissements intenses.

Le pouls est à peine perceptible, le facies défiguré, les yeux tournés et vitreux, les membres froids.

On fait une piqûre de morphine qui calme la violence de tous ces symptômes.

27 octobre. — L'état, toujours grave, s'était cependant amélioré. Le pouls qui resta longtemps rapide redevint normal, et en décembre la femme n'éprouvait guère d'autre malaise qu'une certaine difficulté à se mettre sur le côté gauche.

A partir du 24 décembre, la malade commença à perdre d'une façon intermittente, par les organes génitaux, un liquide couleur chocolat ; cet écoulement dura jusqu'au 27 janvier.

Peu à peu l'état de la malade s'améliora ; elle put se lever le 7 février et commencer à reprendre son train de vie ordinaire.

20 février. — Douleurs qui durent six heures, faisant croire à l'entourage que l'accouchement était proche.

Les douleurs s'apaisent et le 27 février apparaissent les règles qui durent deux jours.

Devant ce cas anormal, la sage-femme fait appeler le médecin qui demande en consultation M. Pinard.

Après examen, le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé et l'opération est décidée pour le 20 avril 1892.

Après incision de la paroi abdominale, M. Pinard commence la suture du kyste à la partie profonde de la paroi ; celle-ci est extrêmement mince et friable et se déchire très facilement. En présence de cette complication, l'opérateur incise le kyste et atteint en même temps le bras du fœtus qui est sous-jacent à l'incision. Il ne s'écoule pas de liquide. La paroi du kyste est intimement appliquée à la surface du fœtus ; avec le doigt, on cherche à mobiliser un peu le fœtus, à détruire les adhérences qui existent entre lui et la paroi du kyste ; on constate avec le doigt que le kyste est rompu, ou plutôt que la paroi du kyste est usée en arrière et que le doigt est en contact direct avec les anses intestinales. Lorsque le fœtus est rendu suffisamment libre dans le kyste, M. Pinard amène l'un après l'autre les deux pieds et extrait ainsi peu à peu le fœtus tout entier.

La paroi du kyste est anfractueuse, fait défaut par places ; les intestins apparaissent en plusieurs points.

En bas, on trouve une surface irrégulière kystique, de coloration noirâtre, à laquelle adhère encore un débris de

cordon de couleur terreuse et d'une longueur de 5 à 6 centimètres ; c'est le placenta qui est adhérent par sa partie interne avec l'utérus..

On le décolle peu à peu, sans grande difficulté, sans déterminer d'hémorragie.

La malade se leva le vingt-deuxième jour ne conservant qu'une petite fistule.

OBSERVATION VII

(Dr H. Ferré, de Pau.)

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme

M. B... a une première grossesse à vingt-deux ans. Elle accouche normalement d'un enfant vivant, aujourd'hui âgé de treize ans.

En mai 1902, il y eut suppression des règles ainsi qu'en juin. Pendant ces deux mois il se produit des maux d'estomac et de violentes nausées. Les seins grossissent. En juillet parut une perte de sang peu abondante, accompagnée de sensation de froid avec fièvre, point de côté. Ces troubles durèrent près de deux mois que la malade passa au lit dans un état assez grave.

En septembre, tout se calme et M^{me} B... perçut très nettement les mouvements actifs du fœtus. Son état demeura très bon jusqu'à la dernière quinzaine de février 1903. Il n'y eut pendant ce laps de temps ni règles, ni aucune perte sanguine.

A cette époque M^{me} B... se croit à terme et éprouve une crise douloureuse qui dure environ douze heures. La sage-

femme appelée ne constate aucun travail du côté du col et rien ne s'écoule par le vagin.

Durant ces douleurs la malade sent le fœtus faire un grand mouvement. A partir de ce moment, elle ne perçoit plus rien. Quelques jours après survient un gonflement douloureux des seins et la pression fait sourdre un liquide épais et jaunâtre. Le ventre baisse progressivement et le 25 mars les règles reparaissent.

Depuis la crise douloureuse de fin février, B... est très préoccupée de son état: elle s'alimente mal et maigrit rapidement. Au moment de son entrée à l'hôpital, ses seins donnaient facilement du lait à la pression.

Il existe une tumeur abdominale qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, fluctuante dans sa partie supérieure où le palper appuyé révèle un corps irrégulier situé profondément.

Au-dessous de l'ombilic la tumeur semble solide. Dans son ensemble elle est indolore et immobilisée de toutes parts.

L'utérus est mou dans toute son étendue: il mesure 11 centimètres de profondeur, il est refoulé à gauche et en arrière, la vessie a suivi l'utérus dans son déplacement et sous-tend la portion pelvienne de la tumeur qui se trouve ainsi occuper le cul-de-sac antérieur.

L'opération est décidée pour le 31 mars. La paroi abdominale est incisée verticalement sur une longueur de 15 centimètres. Le kyste fœtal est alors ouvert, il s'écoule un liquide brun et la main introduite rencontre le siège du fœtus. Celui-ci est extrait facilement, il est du sexe féminin et du poids de 2.730 grammes.

L'exploration de la cavité du kyste montre que celle-ci se

compose de trois parties. Une partie moyenne à grand axe dirigé de bas en haut et de gauche à droite qui contenait le corps du fœtus : deux parties latérales, l'une située dans la fosse iliaque droite qui contenait la tête fœtale, l'autre dirigée à gauche et en arrière, et contenant le placenta.

Le placenta est solidement adhérent à la paroi kystique et aux anses intestinales. La traction, même légère, sur le cordon entraîne des portions d'intestin grêle. Une petite partie seulement du placenta est décollée et enlevée. Masurpialisation du kyste. Élimination lente de l'arrière-faix. Abscess tardif du cul-de-sac de Douglas. Colpotomie postérieure. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Dr A. Psaltoff, de Smyrne.)

Grossesse extra-utérine bilatérale : première grossesse ovarique gauche datant de trois ans et quelques mois avec fœtus de quatre mois et demi à cinq mois. — Seconde grossesse tubaire droite datant de près de cinq mois.

M^{me} E. E... entre à l'hôpital le 19 septembre 1902. Elle est âgée de cinquante-cinq ans ; a toujours été bien portante et bien réglée. Mariée depuis dix-sept ans, elle a eu sept enfants à terme. Son dernier accouchement date de sept ans. Il y a plus de trois ans, au mois de juin 1899, elle a senti après un retard de quelques jours à ses règles, des douleurs au ventre, accompagnées de vomissements. Ces phénomènes, après avoir duré vingt-quatre heures, ont diminué pour reprendre quinze jours après avec moins d'intensité, mais

accompagnés d'une métrorragie légère. Cet état a continué pendant cinq à six mois et pendant ce temps les règles ont complètement cessé.

Depuis, tout mal avait disparu ; la femme s'était complètement rétablie, ses époques avaient repris leur cours régulier et elle pouvait vaquer à ses occupations de ménage.

Il y a quatre mois les mêmes phénomènes se sont reproduits : douleurs au ventre et vomissements. Cet état persistant sans amélioration elle est venue demander des soins à l'hôpital.

Ses règles étaient de nouveau supprimées depuis quatre mois.

A son entrée à l'hôpital elle est très affaiblie : elle ne peut se tenir debout et l'on doit lui faire des injections de morphine pour calmer ses souffrances. Son ventre est tendu et douloureux à la palpation. Par l'examen bimanuel on constate l'existence d'une tumeur dure, de la grosseur d'une tête d'adulte, immobile, qui remplit l'hypogastre et remonte presque jusqu'à l'ombilic. Le cul-de-sac postérieur est rempli par cette tumeur.

Le col de l'utérus était ramolli et en rétroversion ; l'utérus était derrière le pubis, plus gros qu'un utérus normal, immobile et paraissant englobé par la tumeur.

L'état général de la malade était mauvais ; elle avait le facies altéré et le pouls petit et fréquent (120 à 130 pulsations à la minute).

L'existence d'une grossesse extra-utérine paraît l'hypothèse la plus probable. Le 21 septembre on procède à la laparotomie. A peine le péritoine incisé, la tumeur apparaît

ayant une surface lisse très vasculaire et occupant tout le petit bassin.

A l'incision de cette tumeur qui était fluctuante, il s'écoule du sang et un liquide d'aspect caractéristique.

L'hémorragie est assez abondante ; on introduit la main dans la poche et on retire un fœtus de cinq mois environ. Décollement du placenta, décortication de la poche.

Examen des annexes du côté opposé qui ne sont pas libres. On voit une tumeur grosse comme le poing, adhérente, de consistance molle. En l'incisant on trouve un fœtus momifié ayant les dimensions d'un fœtus de cinq mois. Décollement de cette poche qui s'enlève entièrement.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION IX

(D^r Duguet).

Élisabeth V..., âgée de vingt-sept ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu pour douleurs dans le ventre, pertes abondantes et amaigrissement prononcé.

Elle comprend et parle mal le français, et ne peut donner sur ses antécédents que les renseignements suivants. Née dans la Moselle, mariée, elle habite Paris depuis quelques années seulement. Elle est accouchée une première fois et sa grossesse ni son accouchement n'ont rien offert de particulier.

Il y a deux mois et demi, au lieu de voir venir ses règles qu'elle attendait, elle fut prise de pertes sanguines peu abondantes qui n'ont pas cessé depuis cette époque. Ces pertes étaient composées tantôt d'un sang assez rouge, tantôt d'un

sang roussâtre ou couleur chocolat, mais toujours en quantité modérée. En même temps elle souffrait de coliques avec sensibilité de tout le ventre, mais principalement à gauche : ces coliques survenaient à des époques irrégulières, s'accompagnaient quelquefois de vomissements muqueux et verdâtres, et toujours d'un écoulement sanguin un peu plus abondant et plus rouge.

Depuis deux mois et demi, Élisabeth a été obligée de suspendre plusieurs fois son travail, a perdu de ses forces, de son appétit et surtout de son teint qui avait toujours été bon. Elle est devenue maigre et d'une grande pâleur : elle est facilement essoufflée : ses pertes, ses douleurs et sa grande faiblesse l'obligent à venir demander des soins à l'hôpital.

On constate facilement chez elle tous les signes d'une anémie profonde ; ses conjonctives, son palais, ses gencives sont décolorés ; il existe à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou un souffle au premier temps. Le pouls est petit, filiforme, assez fréquent, mais la malade n'a pas de fièvre.

L'abdomen est sensiblement tendu, très douloureux à la pression, ce qui empêche de rechercher s'il se trouve profondément quelque tuméfaction se rattachant à l'utérus ou à ses annexes ; la douleur spontanée et à la pression est toujours plus considérable du côté gauche. On est forcé de s'en tenir aux données fournies par le toucher vaginal ; le col est volumineux, ramolli et entr'ouvert : l'extrémité du doigt y pénètre facilement, sa face interne semble tapissée de villosités.

Depuis huit jours que la malade est à l'hôpital son état est à peu près stationnaire : même pâleur, même faiblesse, mêmes pertes semblant exagérées de temps en temps par des

coliques assez violentes accompagnées d'envies de vomir et de vomissements quelquefois bilieux ; toujours même sensibilité du ventre ; il existe parfois des frissons suivis de chaleur fébrile de peu de durée ; la soif, ordinairement nulle, est assez grande ; l'anorexie est telle que la malade prend fort peu d'aliments.

Ces phénomènes, joints à quelques signes toujours incertains de grossesse au début, font naître naturellement l'idée d'une fausse couche accompagnée de lésions inconnues des annexes et du péritoine.

Dans la journée du neuvième jour, Elisabeth est prise de coliques plus douloureuses, et, dans de grands efforts d'expulsion, elle rend par le vagin une membrane molle, teintée de sang et comme roulée. Après avoir versé un filet d'eau sur cette membrane, il est facile de reconnaître une exfoliation de la muqueuse utérine, une véritable caduque, représentant exactement la cavité agrandie du corps de l'utérus.

L'expulsion de cette caduque semble bien confirmer l'idée d'un avortement ; cependant l'œuf manque. Les pertes continuent, les coliques augmentent ; dans la nuit du 12 décembre (treizième jour) elles deviennent plus menaçantes et le 13 décembre, à 4 heures du soir, la malade est prise d'une crise plus violente avec frissons réitérés, lipothymies répétées, pouls à peine sensible, hoquets, pâleur extrême de la face, sueurs froides, vomissements, soubresauts des tendons, et, après une heure et demie environ, elle meurt subitement dans une syncope.

Autopsie. — a) *Foyer hémorragique.* — En ouvrant le ventre il sort de la cavité péritonéale et du bassin, plus de 1 litre de sang liquide et noirâtre. Les anses intestinales

sont reliées les unes aux autres et à la paroi par des fausses membranes filamenteuses anciennes. Le péritoine est épaissi et doublé de fausses membranes peu épaisses.

b) *Trompe gauche et kyste fœtal*. — On découvre une tumeur du volume du poing, reposant sur des caillots anciens et recouverte elle-même par des caillots récents. Sa forme est arrondie, sa couleur d'un rouge violet foncé; de gros vaisseaux sanguins parcourent sa surface. Cette tumeur est légèrement fluctuante, principalement dans sa partie antérieure. Elle est reliée fortement au côté gauche de l'utérus par la trompe qui est très développée et dont on retrouve le pavillon avec ses franges épanouies au côté externe de la tumeur. Le kyste s'est évidemment développé dans la partie la plus évasée de la trompe.

Nettoyée du sang qui la recouvre, la tumeur présente une enveloppe lisse et régulière. Mais en arrière, on découvre à cette enveloppe plusieurs éraillures qui ne paraissent pas toutes de la même date : ce sont des déchirures véritables, irrégulières, allongées pour la plupart de haut en bas ou de droite à gauche; les plus externes semblent plus larges, arrondies et plus récentes. Les lèvres très minces de ces déchirures laissent voir un tissu charnu, comme spongieux et très vasculaire, faisant pour ainsi dire effort pour s'échapper par ces ouvertures. Les déchirures externes où le tissu charnu paraît mis à nu plus fraîchement et dans une plus grande étendue, correspondent vraisemblablement à une dernière hémorragie qui a été mortelle, car tout fait présumer que les hémorragies internes successives n'ont pas eu d'autre source. En ouvrant la tumeur sur sa face antérieure, on voit que l'enveloppe y est également mince et fra-

gile et l'on tombe sur une poche contenant une certaine quantité de liquide un peu citrin et transparent dans lequel nage un fœtus de trois mois à trois mois et demi environ, parfaitement conformé. Ce fœtus est relié par un long cordon à un placenta bien développé qui occupe la partie postérieure du kyste amniotique ; le cordon aboutit à ce placenta non par le centre, mais par le bord supérieur et externe, et ses vaisseaux s'étalent de là à tout le placenta (placenta en raquette). Les masses charnues qui font hernie par les déchirures postérieures sont précisément les cotylédons de la face adhérente du placenta.

c) *Ovaire gauche*. — Quant à l'ovaire, on le retrouve immédiatement au-dessous et en arrière du kyste fœtal. Accolé à sa partie inférieure, il est plus volumineux que celui de droite.

OBSERVATION X

(D^r Depaul.)

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui, deux mois après son mariage, éprouva les symptômes d'une grossesse commençante.

Quelque temps après, assistant à un mariage, elle fit un faux pas en dansant et tomba. Cette chute fut accompagnée d'une vive douleur dans le ventre et obligea la malade à garder le lit.

Le ventre grossit régulièrement, mais arrivée au terme présumé de la grossesse, elle n'accoucha pas.

Bientôt survinrent dans le ventre des douleurs vives, offrant le caractère péritonéal.

Examinée à ce moment par un médecin, elle présentait les symptômes suivants : la fièvre était intense, le ventre modérément développé, mais fort douloureux à la pression, ce qui rendait l'exploration difficile. Au niveau de l'ombilic, on sentait une masse molle, fluctuante, donnant la sensation du ballottement abdominal. Le col de l'utérus était ramolli et entr'ouvert, pouvant recevoir la première phalange, les seins étaient développés et contenaient du lait.

Le diagnostic de grossesse intra-utérine est alors porté. Quinze jours après, les symptômes ne cédant pas, on fait une ponction exploratrice qui ramène 5 litres d'un liquide purulent et qui soulage beaucoup la malade. Enfin, huit jours plus tard, on ouvre la cavité abdominale de l'ombilic au pubis. Il sort une grande quantité de pus et on retire le fœtus sans avoir pu décoller le placenta.

Quinze jours après, alors que la guérison semblait prochaine, la malade succombe à la suite d'une hémorragie dont on ne put retrouver la source à l'intérieur de la poche.

A l'autopsie, on trouve la poche qui contenait le fœtus adhérente aux viscères voisins. La matrice est également adhérente à cette poche, et la trompe gauche communique avec la cavité.

OBSERVATION XI

(M. Chapot-Prévost, de Rio-de-Janeiro.)

Récidive de grossesse ectopique

M^{me} E. S..., mariée à vingt-huit ans, après deux fausses couches, se trouve au troisième mois d'une troisième gros-

sessé qui a évolué jusqu'ici sans incident. Ayant éprouvé vers la fin du troisième mois des douleurs assez violentes, elle consulte plusieurs médecins à ce sujet qui portent différents diagnostics. Elle suit les derniers conseils donnés et attend l'évolution de sa grossesse en menant une existence exempte de fatigues.

Vers le septième mois, elle se fait examiner à nouveau et le diagnostic de grossesse extra-utérine probable est porté. L'opération est décidée.

Après les premières incisions faites sur la ligne médiane de la paroi abdominale, le chirurgien trouve une tumeur limitée par une membrane sous laquelle il constate une couche très épaisse de sébum. Sous cette couche de substance sébacée, il y avait un petit fœtus très bien conservé.

Après avoir extrait ce fœtus de la cavité abdominale, il peut, en suivant le cordon très réduit de volume, arriver au placenta également très réduit et implanté sur une grande partie de la face antérieure de la matrice, sur une partie de la vessie et s'étendant un peu vers le côté gauche de ces deux organes et vers la face postérieure de la paroi abdominale antérieure du côté gauche. Le fœtus du sexe féminin avait un poids de 1,640 grammes et le placenta pesait 150 grammes.

Un an après la même dame revient, se disant enceinte de cinq mois. Un examen sérieux fait présumer une grossesse extra-utérine; on conseille à M^{me} E. St... de se reposer chez elle, d'attendre les événements et d'avertir dès qu'il se produirait le moindre incident.

Dans le courant du septième mois, elle ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre et elle a une hémorragie utérine qui cède à une injection vaginale d'eau chaude. Les

mouvements du fœtus perçus jusqu'à cette date ne sont plus sentis .

Un mois après on fait une laparotomie. A l'incision de la paroi abdominale on trouve un kyste contenant une assez grande quantité d'un liquide ayant une couleur foncée comparable à celle d'une infusion de café. Dans ce kyste, on trouve un fœtus du sexe masculin, très bien conservé et ayant le volume d'un fœtus de six à sept mois. Le placenta encore assez volumineux avait une large surface d'implantation qui s'étendait d'un côté sur l'ovaire et la trompe droite, sur l'appendice iléo-cæcal, sur une partie du cæcum et de l'intestin grêle, de l'autre sur une certaine étendue de la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Les adhérences du placenta sur ces points étaient très peu résistantes, mais pendant le décollement qui a été assez long, ces surfaces ont saigné abondamment.

Le fœtus avait un poids de 1.320 grammes et le placenta pesait 558 grammes.

CONCLUSIONS

1° Dans la grossesse ectopique, l'état du col diffère suivant que le fœtus est mort ou vivant :

Le col de l'utérus est dur et non-ramolli quand le fœtus est mort ;

Il est mou et ramolli quand le fœtus est vivant.

2° L'expulsion de la muqueuse utérine sous forme de caduque est un phénomène qu'explique la physiologie du corps jaune. Que la grossesse soit utérine ou extra-utérine, le corps jaune a pour fonction de préparer la muqueuse utérine à recevoir l'œuf fécondé. La caduque inutilisée s'élimine sans doute, quand l'action trophique du corps jaune devient insuffisante.

3° De toutes les théories proposées pour expliquer la grossesse extra-utérine, celle de l'inflammation est la plus satisfaisante.

4° Lorsque le fœtus continue son évolution après rupture tubaire, le placenta reste adhérent à sa surface d'implantation primitive qu'il peut déborder plus tard.

La greffe secondaire après décollement complet du placenta est impossible.

6° La ligature des artères tubaires doit toujours être faite pour pratiquer la délivrance sans crainte d'hémorragie sérieuse.

Vu : le Président de la thèse,

POZZI

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

A

- ALBERTUS et DESGOUTTES. — *Formes anatomo-cliniques de la Grossesse tubaire* (Lyon chirurgical, mars-avril 1909).
- ASCHOFF. — *Die Beziehungen der tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur* (Archiv. f. Gynæck., t. LX)

B

- BAROZZI. — *Un Cas de Grossesse ectopique péritonéale* (La Gynécologie, décembre 1906).
- BÉJAN. — *Sur trois Cas de Grossesse extra-utérine* (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, avril-juin 1908).
- BÉRA. — *Grossesse tubaire. Société anatomo-clinique de Lille* (Journal des Sciences médicales de Lille, 1907, p. 157).
- BICHAT. — *Grossesses gémeillaires intra et extra-utérines combinées* (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, juin 1903).
- BOUILLY. — *Notes sur la Grossesse extra-utérine* (Gazette hebdomadaire des Sciences médicales, février 1898).
- BOURSIER. — *Précis de Gynécologie*.
- BURNIER. — *Signes, Diagnostic et Traitement de la Grossesse extra-utérine* (Gazette des Hôpitaux, août 1908).

C

- CASALIS (de Wynberg). — *Un Cas de Grossesse après ligature des deux trompes* (Journal of Obst. and Gynæc. of the British Empire, novembre 1907).

CAZEAUX. — *Des Modifications de la Muqueuse utérine au cours de l'évolution des Grossesses ectopiques.* (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, octobre 1904).

CÉSTAN. — Thèse de Paris, 1896.

— *Semaine gynécologique*, 12 et 19 mai 1896.

CHAMBRELENT. — Communication à la Société d'Obstétrique de Paris, 21 janvier 1904.

CHENOT. — *Grossesse ovarienne* (La Gynécologie, décembre 1906).

COUVELAIRE. — *Étude anatomique sur les Grossesses tubaires.* Thèse de Paris, 1901.

— *Quelques Points de l'anatomie des Grossesses tubaires en évolution pendant les premiers mois* (Revue de Gynécologie, février 1902).

CORNIL et WEINBERG. — *Anatomie et Histologie de la Grossesse tubaire* (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, février-août 1901).

CUTHBERT LOCKYER. — *Sur un Cas de Grossesse tubaire rompue où l'œuf continua à vivre pendant quatre semaines, la poche gravidique s'étant implantée dans le péritoine* (Communication à Obstetrical Society of London. Séance du 7 octobre 1903).

D

DENIS. — *Grossesse extra-utérine datant de douze ans* (L'Abeille médicale, 1896).

DOLÉRIS. — *Grossesse extra-utérine et inondation péritonéale* (La Gynécologie, novembre 1909).

— *Grossesse extra-utérine tubo-abdominale* (La Gynécologie, 1898).

DUGUET. — *Contribution à l'étude de la Grossesse extra-utérine* (Annales de Gynécologie, 1878, t. I).

DUHRSSSEN. — *Über Operative Behandlung insbesondere die vaginale Cæliotomie bei Tubenschwangerschaft... etc.* (Arch. f. Gynæk. Bd. LIV).

F

- FRANQUÉ et GARKISCH. — *Contribution à la Grossesse ectopique* (*Zeitschrift f. Heilkunde*, 9. déc. 1905).
- FRAENKEL. — *La Fonction du Corps jaune* (*Archiv. für Gynæk.*, 1903, Bd. LXVIII).
- FIEUX. — *Grossesse extra-utérine abdominale* (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, juin 1907, n° 26).
- FUNCK-BRENTANO. — *Des Grossesses utérines survenant après la Grossesse utérine*. Thèse de Paris, 1898.

G

- GLITSH. — *Zur Ätiologie der Tubenschwangerschaft* (*Arch. für Gynæk.*, 1900, t. LX).
- GOBILLOT. — *Contribution à l'étude de la Symptomatologie de la Grossesse tubaire*. Thèse de Paris, 1894.
- GUBB. — *Le Placenta dans la Grossesse extra-utérine*. Thèse de Paris, 1893.
- GUILLEMOT. — *De la Grossesse extra-utérine* (*Archives générales de Médecine*, t. XXVIII).

H

- HECKER. — *Monat. f. Geburtskunde*. Bd XIII, 1894.
- HEINSIUS. — *Beiträge zur Lehre von der Tubargravidits* (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901. Bd. XLVI).
- HERRENCHMIDT. — *Grossesse ovarienne* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1907).

J

- JAYLE et DELHERM. — *Grossesse extra-utérine* (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1900).

JAYLE et NANDROT. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, avril 1904.

JAYLE. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, décembre 1907.

JOUON. — *Contribution à l'étude de la Grossesse tubaire*. Thèse de Paris, 1892.

K

KERMAUNER. — *Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft*, 1904.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*.

LEJARS. — *Les Fausses Couches tubaires* (*La Semaine médicale*, novembre 1904).

LAWSON TAIT. — *Ectopic Pregnancy*.

LOF. — *Rupture de la Trompe grvide* (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1906).

LUTAUD. — *Traité clinique des Maladies des Femmes*.

M

MANDL UND SCHMIDT. — *Beiträge zur Ätiologie u Pathologischen Anatomie der Eileiterschwangerschaft*. (*Arch. für Gynæk.* Bd LVI).

MATLAKOWSKI. — *Contribution à l'étude de la Grossesse extra-utérine* (*Gazeta Lekarska*. Varsovie, 1899.)

MAYGRIER et SCHWAB. — *Précis d'Obstétrique*.

P

PAQUY. — Thèse de Paris, 1897.

PICHEVIN. — *A Propos de la Grossesse extra-utérine* (*Semaine gynécologique*, 19 mars, 23 avril, 1^{er} octobre 1907, 19 février 1909.)

PILLIET. — *Études histologiques des modifications de l'uté-*

rus dans la Grossesse tubaire (*Annales de Gynécologie*, octobre 1895).

PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la Grossesse extra-utérine (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1892, vol. XXXVIII).

— Communication à la Société d'Obstétrique et de Chirurgie. Séance du 11 mai 1903 (*Semaine médicale*, 10 janvier 1894).

POTOCKI et BRANCA. — *L'Œuf humain et les premiers stades de son développement*.

POTOCKI. — Grossesse extra-utérine (*Bulletin médical*, 1908, p. 55).

— *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1908.

POZZI. — *Traité de Gynécologie*.

PRENANT. — De la Valeur morphologique du corps jaune (*Revue générale des Sciences*, 1898, n° 16).

R

ROUFFART. — Grossesse extra-utérine (*Journal de Chirurgie*, décembre 1906).

— *La Polyclinique*, 1904, n° 5.

ROUTIER. — Grossesse extra-utérine (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1903).

S

SAVARIAUD. — Pathogénie des Métrorragies dans l'Hématocèle (*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, février 1906).

SCHAUTA. — *Lehrbuch der gesamten Gynækologie*, 1894.

SEMB. — Grossesse extra-utérine arrivée au neuvième mois (*Kristiana-Medicinsk Selskab*, 20 novembre 1901).

SINCLAIR. — Case of Tubal Pregnancy of six months development without rupture of the tube (*Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire*. Londres, 1902).

SITTNER. — *Ein fall von Siebenmonatliche Schwangerschaft Ausserhalb der Gebärmutter mit lebenden Kinde* (Archiv. für Gynæk., 19 d. Bd. LXIV).

STANKIEWICZ. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1901.

STELTNER. — *Centralbl. für Gynæk.*, 1895.

STEPKOWSKI. — *Contribution à l'étude de l'Étiologie de la Grossesse extra-utérine* (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1901, n° 1).

T

TAINTURIER. — *Étiologie des Grossesses extra-utérines*. Thèse de Paris, 1895.

TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'Art des Accouchements*.

TÉMOIN. — *Grossesses extra-utérines* (Annales médico-chirurgicales du Centre, août 1906).

TISSOT. — *Sur un Cas de Grossesse abdominale secondaire* (La Gynécologie, mai 1908).

W

WARD. — *Grossesse abdominale* (Philadelphia med. Journ., 2 July 1898).

WEBSTER. — *Die Ectopische Schwangerschaft Uebersetzung v. Eierman*.

WERTH. — *Beitræge fur Anatomie der Extra-uterin-gravid*.

Z

ZMIGRODZKY. — *Étude sur la Grossesse extra-utérine*. Saint-Petersbourg, 1886.